

# Качество жизни как фундаментальная цель терапии хронической сердечной недостаточности

**Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) значительно ухудшает не только прогноз пациента, но и качество жизни, обусловленное состоянием здоровья. К сожалению, большинство жизнепродлевающих кардиологических препаратов не способны оказать достаточное влияние на качество жизни пациента, несмотря на достоверное повышение выживаемости. Назначение инновационных лекарственных средств в дополнение к базисной терапии позволяет улучшить симптоматику заболевания, снизить частоту госпитализаций и значительно повысить качество жизни при ХСН.**

В рамках V Научно-практической конференции Украинской ассоциации специалистов по сердечной недостаточности **руководитель отдела сердечной недостаточности Национального научного центра «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Леонид Георгиевич Воронков** прочитал лекцию, посвященную методам улучшения качества жизни пациентов с ХСН.



Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья, представляет собой уровень функционирования пациента, состояние его здоровья и благополучия, основанные на субъективном восприятии. Основные компоненты качества жизни включают субъективные клинические симптомы, функциональные (физические/социальные) аспекты, а также личные суждения пациента о состоянии своего здоровья, социальном статусе, благополучии и удовлетворенности жизнью. Качество жизни является одним из самых важных вопросов в индивидуальном восприятии болезни. Именно этим обусловлена актуальность исследований в данной области, которая, вероятно, наиболее тесно связана с гуманистическим предназначением медицины.

Поскольку ХСН способна оказывать крайне негативное влияние на качество жизни, поддержание последнего на должном уровне является фундаментальной задачей терапии. Однако нельзя противопоставлять такие задачи терапии ХСН, как улучшение прогноза, повышение выживаемости пациентов и поддержание определенного уровня качества жизни. Эти аспекты должны идти рука об руку, а не работать в ущерб друг другу. Тем не менее замечено, что при низком качестве жизни пациенты, как правило, мало интересуются вопросами своего прогноза. Гораздо больше их волнует текущее самочувствие. Так, по результатам последних исследований, около 61% пациентов с ХСН придают большее значение качеству жизни, нежели ее продолжительности. С другой стороны, как только применение надлежащей терапии позволяет значительно улучшить качество жизни, больные начинают задумываться о ее продолжительности. Таким образом, стремление жить дольше обычно обусловлено достаточно высоким качеством жизни.

Какие же подходы могут быть использованы для достижения высокого качества жизни у пациентов с ХСН? К сожалению, препараты базисной терапии оказывают значительное влияние на прогноз, однако далеко не всегда способны улучшить качество жизни пациентов. Так, антагонисты минералокортикоидных рецепторов при значительном повышении выживаемости больных не оказывают никакого влияния на качество их жизни. Количество данных о повышении качества жизни на фоне приема  $\beta$ -блокаторов ограничено. В исследовании SOLVD было показано улучшение качества жизни на фоне лечения эналаприлом только по 2 показателям из 14. Следовательно, наиболее эффективные жизнепродлевающие кардиологические препараты не могут оказать существенного влияния на качество жизни пациента. Вполне очевидно, что для повышения качества жизни необходимо в первую очередь определить клинические

факторы, непосредственно влияющие на него, а следующим шагом должен стать поиск новых терапевтических подходов, которые смогут скорректировать эти факторы.

Клинические факторы, влияющие на качество жизни, можно условно разделить на модифицируемые и немодифицируемые. К немодифицируемым относится возраст, женский пол, наличие ишемической болезни сердца и фибрилляции предсердий. Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) также оказывает негативное влияние на качество жизни. Однако ХОЗЛ следует отнести к частично модифицируемым факторам, поскольку интенсивная терапия данной патологии, вероятно, способна несколько улучшить качество жизни пациентов с ХСН. Такое сопутствующее заболевание, как сахарный диабет, почти не оказывает влияния на качество жизни пациентов с ХСН. К модифицируемым факторам относится фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ): у пациентов со значительно сниженной ФВ ЛЖ (<25%) наблюдается наихудшее качество жизни, тогда как при сохраненной ФВ ЛЖ (>45%) – более высокое. Однако эти данные имеют ограниченную терапевтическую применимость, поскольку в диапазоне между показателем ФВ ЛЖ 25 и 45% качество жизни пациентов почти не отличается. Таким образом, влияние на ФВ ЛЖ не может быть точкой приложения для улучшения качества жизни.

Наиболее интересным модифицируемым фактором качества жизни пациента с ХСН является такое частое сопутствующее заболевание, как анемия. Наличие данной патологии оказывает значительное влияние на качество жизни, что обусловлено следующими обстоятельствами:

- анемия существенно снижает способность пациентов с ХСН выполнять нагрузки;
- анемия существенно ухудшает выживаемость пациентов с ХСН.

Кроме того, было отмечено, что пациенты с ХСН, у которых наблюдается более выраженная анемия, хуже переносят нагрузки. Более того, выявлена четкая корреляция между уровнем гемоглобина и способностью переносить нагрузки (P.R. Karla, 2003). Механизм такого влияния, очевидно, обусловлен недостаточным обеспечением тканей кислородом. Следовательно, коррекция анемии может быть одним из путей улучшения кардиоваскулярного прогноза и качества жизни у пациентов с ХСН. К сожалению, этот момент клиницисты очень часто упускают из внимания, и пациенты с ХСН и положительным критерием анемии (снижением уровня гемоглобина менее 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин) остаются без надлежащей терапии.

В настоящее время существует два подхода к коррекции анемии: применение рекомбинантного эритропоэтина и препаратов железа. Однако в последних клинических исследованиях было показано, что при назначении рекомбинантного эритропоэтина при ХСН с сопутствующей анемией, несмотря на нормализацию уровня гемоглобина, не выявлено различий в уровне смертности и количестве госпитализаций по сравнению с плацебо. Более того, в группе darbepoэтина гораздо чаще наблюдались тромбозы любой локализации (Klein L. et al., 2013).

Таким образом, единственной терапевтической опцией при анемии является назначение препаратов железа. В первую очередь необходимо отметить, что именно

железодефицит – ключевая детерминанта качества жизни, независимо от анемического статуса (Comet-Colet J. et al., 2013). Согласно результатам исследований FAIR-HF и CONFIRM-HF критерием железодефицита при ХСН является уровень ферритина менее 100 мкг/л или уровень ферритина 100-300 мкг/л при сатурации трансферрина железом менее 20%.

При неэффективности пероральных форм препаратов железа предпочтение следует отдать формам для внутривенного введения. Совсем недавно в Украине появился инновационный препарат следующего поколения для внутривенного введения – карбоксимальтоза железа под брендовым названием Феринжект. В клиническом исследовании было показано, что пациентам с железодефицитом, независимо от наличия анемии, показано курсовое внутривенное введение карбоксимальтозы железа в дозировке 200 мг/нед. Терапия продолжается до ликвидации железодефицита. В течение 6 мес после ликвидации железодефицита следует продолжать введение Феринжекта 200 мг каждый месяц. Результаты плацебо-контролируемого исследования FAIR-HF показали, что применение карбоксимальтозы железа позволяет существенно улучшить переносимость нагрузки и значительно повысить качество жизни пациентов с ХСН. Кроме того, на фоне коррекции железодефицита у пациентов с ХСН наблюдалось значительное улучшение самочувствия, независимо от наличия анемии (S.D. Anker et al., 2009).

В исследовании CONFIRM-HF также изучалась эффективность препарата Феринжект по сравнению с плацебо у 304 пациентов с ХСН и железодефицитом. Участников рандомизировали для получения карбоксимальтозы железа или плацебо в течение 52 нед. Для достоверности в исследование включили пациентов с концентрацией ферритина <100 нг/мл или от 100 до 300 нг/мл в том случае, если уровень трансферного насыщения составлял менее 20%. Для коррекции дефицита железа и поддержания его концентрации на необходимом уровне 75% участников нуждались максимум в двух инъекциях препарата. После 24 нед терапии у пациентов основной группы отмечалось улучшение показателей функциональных тестов, тогда как в контрольной группе место их ухудшение. Пациенты основной группы также демонстрировали улучшения по шкале общей оценки и функциональной шкале Нью-Йоркской кардиологической ассоциации. При этом в основной и контрольной группах 10 больных и 32 пациента соответственно были госпитализированы в связи с ухудшением симптомов хронической СН. По мнению авторов исследования, столь надежные и клинически значимые функциональные улучшения, которых удалось достичь в ходе работы, до недавнего времени можно было наблюдать только при использовании методики сердечной ресинхронизирующей терапии (P. Ponikovsky et al., 2014).

Нельзя упускать из внимания, что качество жизни пациента определяется также степенью его социальной адаптации и эмоциональным состоянием. Индекс качества жизни, по данным опросника MHFLQ (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire), в значительной степени зависит от выраженности депрессивных нарушений. К сожалению, рекомендованные терапевтические подходы к ХСН могут

оказывать негативное влияние на качество жизни за счет нарушения социальной адаптации. Типичными примерами являются имплантированный кардиовертер при условии его частого срабатывания, а также ежедневный утренний прием диуретиков, которые оказывают угнетающее действие на пациента и способны повышать выраженность депрессии.

Прием диуретиков особенно негативно воспринимается теми пациентами, которые продолжают вести активную социальную деятельность, что может приводить к снижению комплайенса и отказу от терапии. Такие диуретики, как фуросемид и торасемид, создают значительные неудобства в повседневной жизни, обусловленные повышением частоты позывов к мочеиспусканию, особенно в первые часы после приема препарата. Для повышения комфортности диуретической терапии может быть использован препарат Бритомар, который представляет собой пролонгированную форму торасемида, обладающую улучшенной фармакокинетикой. По сравнению с обычной формой торасемида Бритомар характеризуется:

- более продолжительным периодом достижения максимальной концентрации в крови;
- более низким объемом мочи в первые часы после приема при эквивалентном общем диурезе за сутки;
- меньшей частотой и интенсивностью позывов к мочеиспусканию (M. Barbanjo et al., 2009).

Украинская ассоциация специалистов по СН организовала исследование КОМФОРТ-СН, целью которого было изучить действие обычной формы торасемида и Бритомара. Исследование проводилось в 5 клинических центрах Украины с участием 79 пациентов, рандомизированных для получения обычной формы торасемида (n=39) или Бритомара (n=40) в дополнение к базисной терапии СН. Средняя доза исследуемого препарата составила 11,8±0,6 и 12,6±0,9 мг соответственно. Клинические характеристики пациентов в обеих группах были сопоставимы. Через месяц диуретической терапии индекс массы тела в обеих группах не отличался. Результаты исследования показали, что выраженность позывов к мочеиспусканию в группе Бритомара была значительно ниже по сравнению с группой обычного торасемида. Количество участников, получивших обычную форму торасемида и Бритомар и не испытывавших никаких ограничений в повседневной жизни на фоне приема препарата, составило 10 и 27% соответственно.

## Выводы

- Улучшение качества жизни является неотъемлемым аспектом успешной терапии ХСН.
- Коррекция железодефицита с помощью внутривенного введения препарата Феринжект позволяет значительно повысить переносимость нагрузок, снизить частоту госпитализаций, обусловленных ухудшением симптоматики ХСН, и, как следствие, существенно повысить качество жизни пациентов.
- Бритомар как пролонгированная форма торасемида обладает наиболее деликатным диуретическим действием, что позволяет снизить выраженность позывов к мочеиспусканию и сократить количество ограничений в повседневной жизни, обусловленных приемом препарата.

Подготовил **Игорь Кравченко**

BRIT-PUB-062015-31

